

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

728

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri GEORGEL

Né le 12 juillet 1909, à Saulxures-sur-Moselotte (Vosges)

LE

PRIAPISME LEUCÉMIQUE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri GEORGEL

Né le 12 juillet 1909, à Saulxures-sur-Moselotte (Vosges)

LE

PRIAPISME LEUCÉMIQUE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE
ET MARRAINE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MA GRAND-MÈRE

A MAMAN

A PAPA

Auxquels je dois tout.

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il reçoive ici l'assurance de nos sen-
timents respectueux et de notre profonde
gratitude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE SOULIE

Médecin de l'Hôpital Broussais-La Charité

En témoignage de profonde et respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, et pour ses conseils et ses soins durant nos années d'étude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER
MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT
MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MONSIEUR LE DOCTEUR DUHEM
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE PRIAPISME LEUCÉMIQUE

Introduction.

Priape, fils d'Aphrodite et de Dionysos, fut un dieu vénéré des Grecs. Ceux-ci l'imploraient pour qu'il fécondât leurs champs et leurs jardins. La statue du dieu ornait sous forme de stèle à tête de bouc les demeures des agriculteurs. A Rome, le dieu changea d'adorateurs ; il devint patron des débauchés, et son image, agrémentée du phallus et des pattes de homard, décorait les tavernes de la ville.

Actuellement, on ne songe plus à la personnalité du dieu, le priapisme est devenu un état pathologique bien défini. Le priapisme est une érection qui ne s'accompagne ni de désirs sexuels, ni de sensations voluptueuses ; souvent même il est douloureux et il n'est jamais suivi d'éjaculation. Le priapisme prolongé est souvent d'origine leucémique.

En 1907, Terrier et Dujarier, sur 48 cas de priapisme, en relevaient 16 dus à la leucémie.

En 1911, Scheuer trouvait 36 cas de priapisme sur 138 observations.

En 1925, Moure et Leibovici en trouvaient dans la littérature 44 cas.

A ces cas il faut ajouter ceux de Brown et Doig et Oklahoma en 1927, puis celui de Achard en 1930, celui de Dénéchau en 1935 et le nôtre, ce qui porte à 49 le nombre d'observations de priapisme leucémique.

Observations.

OBSERVATION I

Adams. — Malade âgé de 25 ans. Toujours bien portant. Depuis trois mois faible et sans force. En outre, se plaint d'érections qui surviennent en allant à la selle et qui durent jusqu'à 1 heure 1/2. Ceci se reproduisit encore une fois après six semaines. Peu de temps après, il dut s'aliter, soi-disant pour une grippe, lorsque, de nouveau, en allant à la selle, une érection survint ; celle-ci persista continuellement et l'obligea à aller consulter un médecin. Celui-ci constata une splénomégalie à la palpation et put, après un examen de sang, poser le diagnostic de leucémie. Il existait de fortes douleurs dans le pénis en érection. Celui-ci légèrement recourbé vers le bas, partout uniformément raide et dur, et si douloureux que le malade ne pouvait supporter le léger contact des couvertures. Cette douleur était maximum au niveau du méat et également au milieu de la partie dorsale. Les corps caverneux gonflés et douloureux du côté périnéal, surtout à gauche ; trois semaines plus tard, de fortes épistaxis et de la diarrhée. Le priapisme persiste.

Traitement : camphre et opium.

Le priapisme disparu un mois plus tard ; il avait duré six semaines.

OBSERVATION II

Blum. — Malade âgé de 20 ans, installateur. Toujours bien portant. Ne s'est jamais masturbé. Aucune pollution. Fréquemment, la nuit, des érections. Depuis l'âge de 15 ans a eu des rapports sexuels. Il y a six mois il tomba d'une échelle sur le périnée, il en résulta une épидidymite traumatique à la suite d'une contusion du testicule ; trois mois et demi plus tard il se réveilla brusquement avec une érection qui persista après la miction. Le traitement local avec des enveloppements chauds et de la glace échoua, puis il consulta un médecin. Le pénis est en érection maximum, excessivement douloureux, mesure 21 cm., dur comme de l'os, atteignant presque la ligne médiane. La peau du pénis n'est pas modifiée ; les corps caverneux sont seuls atteints ; par le rectum on sent leur extrémité ferme et dure ; le malade est d'une pâleur frappante et anémique : splénomégalie. Le sang donne à l'examen un résultat typique de leucémie myéloïde. Les moyens locaux (glace, bains), ainsi que la radiothérapie, sont sans effet (pendant 26 jours). Peu à peu, les corps caverneux devinrent légèrement plus mous. Dans les cinq semaines suivantes l'érection diminua progressivement et seulement la racine resta encore longtemps légèrement

indurée. Le priapisme disparut ensuite totalement après avoir duré trente-deux jours.

OBSERVATION III

Carpenter mentionne, dans la revue *The Lancet*, de 1880, à l'occasion d'un débat sur le traitement de la leucémie, un cas de sa pratique, avec priapisme récidivant qui semble aussi ne pas avoir été influencé par les médicaments.

OBSERVATION IV

Dujon. — Il s'agit d'un jeune soldat en convalescence à la suite d'une diphtérie grave. Il fut pris brusquement la nuit, sans cause, d'une érection douloureuse qui ne cessa pas. Le malade souffrait à crier et ne pouvait uriner spontanément. Il fallait à chaque besoin d'uriner pratiquer le cathétérisme. Le malade portait une grosse rate et présentait des réflexes normaux. Je l'opérai en janvier 1910, quelques jours après le début des accidents. Au lieu d'inciser les corps caverneux le long de la verge, selon la technique de Terrier, je fis une incision périnéale et ouvris simplement la racine du corps caverneux gauche en passant à travers l'ischio-caverneux. Les deux corps caverneux se vidèrent. Il en sortit du sang noir et visqueux. L'examen bactériologique et histologique fait par M. Hallion montra qu'il y avait leucocythémie à type lymphocythémie. Le malade guérit rapidement. L'opération fit cesser immédiatement la

douleur et les mictions redevinrent spontanées. Il va bien actuellement, mais conserve sa grosse rate et n'a pas encore retrouvé ses érections.

OBSERVATION V

Edes. — Malade âgé de 15 ans. Dans ce cas le priapisme fut le premier symptôme de la leucémie. Durée de l'accès non donnée. Le malade mourut peu de temps après.

OBSERVATION VI

Eisenstädter M. — Le malade est pris brusquement dans la nuit, vers 2 heures du matin, d'un priapisme accompagné de douleurs violentes irradiant du périnée vers la pointe du pénis. Celui-ci est en érection maximum, les corps caverneux gonflés. Le gland et le corps spongieux de l'urètre sont mous. Prostate normale. Miction difficile et douloureuse. Grosse splénomégalie. L'anamnèse établit que le malade a présenté dans les deux dernières années, souvent des épistaxis passagères. Puis apparurent, çà et là, vers 2 ou 3 heures du matin, des érections qui persistèrent une ou deux heures et furent accompagnées d'un léger état douloureux. Le malade n'en éprouva aucun désir sexuel. Evidemment, aussi, les moyens internes et externes échouèrent. Là-dessus, on essaya la Röntgenthérapie. Après neuf semaines, le priapisme disparut. La puissance sexuelle s'éteignit.

OBSERVATION VII

Dalla Favera. — Malade âgé de 22 ans, souffre depuis un an d'érections nocturnes, durant des heures, accompagnées de sensations voluptueuses. Bientôt le malade sentit ses forces diminuer et des douleurs sourdes et persistantes dans le côté gauche. Un mois plus tard le malade eut une nouvelle érection qui, cette fois persista. Aucun coït ni traumatisme ne furent en cause. Le membre, en érection maximum, dur comme bois, mesurait 15 cm. de long et 13 cm. de circonférence. Sa peau était d'une coloration légèrement plus foncée. Miction extrêmement douloureuse et seulement possible en position genu-pectorale. De nombreux bains locaux n'apportèrent que peu de soulagement. Traitement arsenical et 26 séances de Röntgenthérapie. Un mois plus tard, plus aucune douleur et lente diminution de volume. Un mois plus tard le malade put sortir. L'érection était incomplète et le coït difficile à pratiquer ; quatre semaines plus tard, légère récurrence (durant 14 jours).

OBSERVATION VIII

Gaebel. — Malade âgé de 40 ans, fondé de pouvoirs. Depuis douze ans (1892) syphilis. Un an après, douleurs dans les jambes. En 1900, diplopie qui, après une cure par des frictions, disparut. Nouvelles récurrences de la syphilis en 1901 et 1902 qui furent combattus plusieurs fois par des cures de frictions. En

1904, l'examen du sang montre une leucémie. Lors de son séjour en clinique, le malade présenta, depuis environ deux ans, des érections nocturnes de longue durée sans aucun désir érotique. Depuis un an, aucun coït. Dans les derniers temps, elles devinrent très fréquentes et durèrent jusque dans la journée. Le 10 mai 1904 survint une telle érection, mais qui cette fois ne voulut pas disparaître. Etat le 12 mai 1904 : température : 39° ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; réflexe cutané plantaire en flexion ; rate très hypertrophiée ; pénis en érection maximum, œdémateux en avant, de couleur rosée et à la racine, ferme et violacé. Il n'existe aucune douleur ; comme la fièvre montait et qu'apparut une teinte bleue en profondeur dans le scrotum, on fit 2 incisions dans les parties postérieures du pénis, au niveau de suffusions sanguines. Dès lors, s'écoula un sang noir, nauséabond, avec des bulles gazeuses ; le pénis devint légèrement moins rigide. Dans le sang on trouva des colibacilles. Par la suite, nouvelles incisions nécessitées par la persistance de la fièvre, en dehors de quelques courts intervalles apyrétiques. Perte d'urine par une des plaies dues aux incisions postérieures ; mauvais état général ; mauvais aspect des plaies ; les corps caverneux du pénis se présentent maintenant avec des bourbillons verdâtres qui saignent fortement ; arrêt des hémorragies par ligatures. Dans les jours suivants, chute de la température, élimination des bourbillons gangréneux des corps caverneux ; amélioration après irradiation de la tumeur splé-

nique et du pénis par les rayons de Röntgen : la première trois fois pendant trente minutes, le dernier une fois pendant une heure. En même temps, amélioration de la leucémie. Guérison des plaies drainées après suppurations profuses.

OBSERVATION IX

Gunckel. — Priapisme au cours d'une leucémie. Aucun détail.

OBSERVATION X

Guttman. — Enfant de 10 ans : à 1 an 1/2, rougeole ; à 5 ans, érysipèle. La maladie actuelle débute par des hématuries. Hémorragies cutanées. Splénomégalie. Examen de sang : leucémie. Priapisme modéré.

OBSERVATION XI

Haillet et Viardin. — Malade âgé de 34 ans, boulanger. Depuis un an, se sent fatigué, au cours de cette année il a eu des érections environ tous les huit jours le matin et durant deux ou trois heures. Pas d'excès génésiques, jamais d'accidents vénériens ; il n'a pas interrompu son travail. Le 21 février, il est pris le matin d'une érection qui, cette fois, ne cesse pas et me fait appeler le soir. La médication (bromure de camphre) ayant échoué, le 23 février je fais appeler en consultation le Dr Viardin. Ayant déjà observé un cas de priapisme rebelle avec splénomé-

galie, il examine la rate qui est très augmentée de volume, mesurant 12 cm. de haut, débordant la ligne blanche. Pas d'adénopathies. Malade pâle. Selles difficiles, urines rares et chargées, pas d'albumine. Le malade urine avec peine. L'examen de sang fait par le D^r Laumet montre une diminution des globules rouges et une augmentation des globules blancs. Seules les injections de morphine le calmaient un peu et lui procuraient quelques heures de sommeil. La belladone, les ventouses, les sangsues au périnée, rien ne pouvait faire cesser cette érection. La verge restait toujours droite, rigide, immuable et semblable à un morceau de bois. A l'examen, seuls les corps caverneux étaient durs, le malade souffre énormément et demande à être soulagé, même au prix d'une opération quelconque. Le 17 mars (25 jours après le début), M. Viardin et moi décidons d'inciser les deux corps caverneux. Cette incision donne issue à un sang noir, épais, visqueux et nous voyons la verge s'affaïsser immédiatement. Guérison complète des plaies le 28 mars. Depuis le malade n'a plus eu d'érections, il n'a pas eu de rapprochement ni de désir sexuel. La rate reste grosse et mesure 23 cm. de hauteur ; nous allons essayer la radiothérapie.

OBSERVATION XII

Jadioux. — Malade âgé de 35 ans, ciseleur, entre à l'hôpital le 10 novembre 1845. Le 1^{er} janvier a contracté des chancres syphilitiques. La veille de son

entrée, application d'un vésicatoire sur l'hypochondre gauche. Dans la nuit suivante survint brusquement une érection avec œdème de la peau de la verge, sans désir vénérien et qui a persisté depuis. Le malade à son entrée est pâle, souffrant de l'hypochondre gauche, ventre volumineux. Le pénis en état d'érection a un volume plus considérable que d'ordinaire, le gland mou porte deux cicatrices de chancre, la peau de la verge est rosée, le pénis mesure 20 cm. de long et 18 cm. de circonférence, testicule gauche douloureux à la pression, œdème des cuisses, des parois de l'abdomen, des jambes, des malléoles et surtout de la face externe du pied, mictions pénibles. Prescriptions : camphre, eau de Sedlitz. Le 13, aggravation de l'état ; la peau du pénis est œdémateuse et d'un rouge érysipélateux et luisante ; le 14, augmentation des douleurs, la peau de la verge et du scrotum est plus foncée, pouls à 120 déprimé, langue sèche, matité dans les hypochondres ; le soir délire, agitation et mort à 10 heures.

Autopsie : Pénis en érection ferme, pas de raideur cadavérique ailleurs. Gros foie, rate six fois son volume normal, pancréas hypertrophié, ascite.

OBSERVATION XIII

Kast. — Malade de 42 ans. A 17 ans, malaria. Depuis août 1892, mauvais état général. Le 26 septembre de la même année, le malade se réveilla tout à coup la nuit avec une érection excessivement douloureuse

qui ne cessa pas. L'examen montre une dilatation des corps caverneux du pénis et du gland. Le corps spongieux de l'urètre est intact. Le membre très douloureux, la miction possible mais plus difficile. Composition du sang : aucune modification appréciable. Jusque fin novembre le priapisme persista avec les mêmes symptômes, puis disparu ensuite ; depuis ce temps le patient n'eut plus jamais d'érection. En janvier 1893, aggravation. On pouvait alors à ce moment palper une tumeur splénique. L'examen de sang montre une leucémie. Le pénis montre actuellement sur toute la face dorsale et sur face inférieure correspondante un cordon ferme et dur au contour uniforme, interrompu par endroit, se poursuivant jusqu'au bulbe. Le malade mourut deux ans plus tard dans le marasme. Le priapisme avait duré huit semaines. A la section on vit des modifications persistantes des thromboses leucémiques.

OBSERVATION XIV

Ketli. — Malade âgé de 35 ans, cordonnier ; depuis, un an de fièvre de croissance, est resté faible. Dès lors, chaque matin surviennent des érections douloureuses durant plusieurs heures ; depuis ce temps, abstinence sexuelle. Depuis deux semaines s'installèrent, pour des causes inconnues, à maintes reprises, des érections douloureuses accompagnées de douleurs s'étendant au périnée. Depuis ce temps l'érection persiste sans interruption ; le pénis dur, en érection,

douloureux au toucher. Le gland et le corps spongieux de l'urètre ne participent pas à l'érection, miction difficile, cathétérisme nécessaire. Splénomégalie. Leucémie splénique. Bromure, lupulin sans aucun succès.

OBSERVATION XV

Klemme. — Malade âgé de 24 ans, a toujours été faible. Malade depuis quelque temps à la suite d'une extraction dentaire; hémorragie persistant deux jours. Peu de temps après, hémarthrose spontanée du genou qui récidiva après ponction et disparut ensuite au bout de seize jours. Se plaint d'abattement et de faiblesse. Hémorragies sous-cutanées. Le médecin posa le diagnostic de leucémie splénique confirmé par l'examen de sang et la splénomégalie; quatre mois plus tard, le malade eu brusquement, la nuit, une érection avec pressant besoin d'uriner. Le matin fortes douleurs occipitales, épistaxis profuses, selles sanglantes. Finalement le malade repris des forces; cependant le priapisme reste inchangé. Rétention d'urine. Mictions très pénibles, seulement possibles en position genupectorale. Le priapisme dura six semaines. Au commencement de la troisième semaine apparut, dans le pénis, une sensation de fourmillement qui s'étendit dans les jours suivants au haut de la cuisse et au périnée. L'érection ne fut accompagnée, ni de fièvre, ni de sensation voluptueuse.

OBSERVATION XVI

Koschel. — Erection du pénis dirigé vers le bas ; simultanément existe une pâleur frappante et une splénomégalie. L'examen de sang montre une leucémie.

OBSERVATION XVII

Kunst. — Malade âgé de 33 ans. Après une fête, il se réveille avec une érection persistante accompagnée de rétention d'urine et de constipation. Le malade crut faire disparaître ce symptôme par un coït, mais durant l'éjaculation le relâchement du membre ne vint pas. Le pénis en érection, dur, est sensible à chaque contact. Les corps caverneux gonflés, le gland et l'urètre mous. Miction difficile. Splénomégalie considérable. Hyperesthésie importante au toucher et à la piqure au niveau de la peau du pénis sauf le gland et le prépuce. De même hyperesthésie de la région anale et du scrotum. Le réflexe scrotal est très vif ; les réflexes crémasterien et cutané abdominal non perceptibles. La température oscille entre 37° et 38°. Plus tard atteinte du sphincter anal qui se contracte tellement que l'examen de l'intestin est très difficile. Il était frappant que le priapisme fut en relation avec l'augmentation de volume de la rate. L'auteur pense que la tumeur splénique a forcé les limites et que par ces lésions, un priapisme vaso-moteur se soit installé. Pansements compressifs, piqures de cocaïne et autres moyens entraînèrent une amélio-

ration du priapisme. L'atoxyl et la röntgenthérapie apportèrent une amélioration progressive de l'état général.

OBSERVATION XVIII

Longuet. — Malade âgé de 29 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Pitié le 19 juillet 1874. Depuis décembre 1873 souffre de douleurs abdominales sourdes. A deux ou trois reprises, en s'éveillant vers 3 heures du matin, il s'est trouvé en état d'érection avec besoin d'uriner. Chaque fois il s'était levé pour uriner, mais l'érection persistait une demi-heure à une heure, puis tout rentrait dans l'ordre. L'érection n'était pas entretenue par des actions, pensées ou rêves lubriques ; elle était indifférente. Dans la nuit du 8 juin, une érection survint, mais persista. La verge resta au maximum d'induration pendant trois semaines, était très douloureuses, arrachant des cris de souffrance au malade ; c'était une sensation comparable à une baguette de fer introduite de force dans l'urètre. Le traitement, par les bains tièdes, la glace, les vésicatoires, lui apporta une légère sédation de ses douleurs et de l'érection. A son arrivée, on voit un malade pâle, amaigri. Il présente une grosse rate descendant jusque dans la fosse iliaque gauche et dépassant à droite la ligne blanche de 4 travers de doigt. L'érection est encore très considérable ; la verge est violacée, volumineuse, longue et dure, presque parallèle à la paroi abdominale. Le bulbe et le gland sont intacts. On trouve de gros ganglions dans

les aines, les aisselles, les creux poplités, au niveau du cou. Le malade n'a jamais eu de maladie vénérienne. Le toucher rectal montre une grosse prostate bilobée. La miction est possible et non douloureuse. L'application de sangsues au périnée produit des hémorragies nécessitant un tamponnement. On prescrit du bromure de camphre, des cataplasmes de feuilles de ciguë. L'érection diminue progressivement. Le 1^{er} août, mieux sensible ; l'examen de sang donne :

Globules rouges.	1.580.000
Globules blancs.....	730.000

Le 7 août surviennent des épistaxis et du sang dans les selles ; céphalalgie violente.

Le 20 août, le malade est envoyé en convalescence ; les hémorragies ont disparu, mais le malade reste pâle, la rate est aussi grosse qu'à l'entrée et les ganglions augmentent progressivement de volume. L'érection a presque complètement disparu, cependant l'organe érectile est encore volumineux. A sa sortie de convalescence, le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION XIX

Longuet. — Malade avec douleurs rhumatismales et anémie importante. Le priapisme apparut brusquement et dura cinq semaines et demie. Le pénis atteignait l'ombilic. Progressivement, diminution de l'érection. Un an plus tard apparut une leucémie grave et la mort s'ensuivit dans le marasme. L'au-

topsie montra une tumeur splénique et une augmentation significative des globules blancs.

OBSERVATION XX

Markow. — Priapisme au cours d'une leucémie. L'érection est limitée aux corps caverneux du pénis. Le gland et le corps spongieux de l'urètre sont mous.

OBSERVATION XXI

Mathias. — Malade âgé de 26 ans. Rhumatisme articulaire, anémie. Le priapisme survint brusquement la nuit et fut très douloureux. Aucun désir voluptueux. Durée de l'état : cinq semaines et demi. Hyperérection du pénis. Traitement : glace, compresses chaudes, narcotiques, sans succès ; puis iodure de potassium pendant quatorze jours amenant une amélioration. Après cessation de l'érection, impotence. Urine peu albumineuse, mictions peu troublées. Plus tard apparurent de graves complications en relation avec la leucémie (obscurcissement du champ visuel, paralysies).

OBSERVATION XXII

Neidhart. — Malade âgé de 18 ans, souffre depuis longtemps par intermittence. Il a eu deux accès de priapisme sans désir voluptueux et sans éjaculation. Les deux fois l'accès disparut spontanément progressivement. Le pénis fut en érection deux à trois se-

maines et cyanosé. La miction difficile, mais non douloureuse. Exitus. Leucémie. Splénomégalie.

OBSERVATION XXIII

Peabody. — Malade âgé de 28 ans ; jamais de maladies vénériennes. Il y a cinq ans a eu de la fièvre avec des frissons. Deux mois avant son hospitalisation, œdème des jambes. Le malade a présenté de la pollakiurie et de fréquentes épistaxis ; quatre semaines avant son entrée, il éprouva un besoin d'uriner et en même temps apparut une érection qui dure encore. En outre, aucun désir, aucune éjaculation. L'érection atteignait seulement les corps caverneux du pénis, la miction n'était pas troublée. Dans l'urine : albumine et cylindre hyalins. Il existe une splénomégalie, de l'œdème des pieds et des adénopathies généralisées. Après une durée de six semaines, l'érection disparut peu à peu ; mais quatorze jours après il existe encore une « demi-érection ». Enfin le priapisme disparut totalement. L'examen de sang montra une leucémie. Cette dernière s'améliora par l'administration de fer. Après la disparition du priapisme, impotence.

OBSERVATION XXIV

Rokitansky. — Malade âgé de 42 ans, cocher. Leucémie. L'érection avait apparu quarante jours avant la mort. On pouvait seulement, peu de jours avant l'exitus par la pression sur la racine du pénis, faire sortir du pus. Le pénis était fortement gonflé avec

œdème du prépuce. La section montra : corps caverneux épaissis, fluctuants, le tissu spongieux regorgeant de pus. Par derrière, l'enveloppe fibreuse en morceaux, les espaces communiquant avec de nombreux foyers purulents qui avaient leur siège dans la pars prostatica et membranacea et dans le bulbe urétral. Les glandes de Cowper étaient dilatées.

OBSERVATION XXV

Salzer. — Malade âgé de 46 ans. A déjà souffert par intermittence. Marié à 35 ans. Déjà à 42 ans survint une érection douloureuse durant presque toute la journée ; elle cessa spontanément. Quatre ans plus tard (cas actuel) le malade fut réveillé à 3 heures du matin par une érection qui ne voulut pas disparaître. Pénis en érection. Face supérieure du gland livide. Miction difficile, saccadée. Splénomégalie importante. La pression, notamment à la racine du membre, est douloureuse. Cataplasmes, camphre, enfin guérison lente. Perte totale des érections et des excitations sexuelles. Mort un an plus tard de leucémie.

OBSERVATION XXVI

Schulze. — Malade âgé de 25 ans, commerçant. N'a jamais été malade, aucune maladie vénérienne. Depuis longtemps diminution de ses forces. Cependant, il y a un certain temps, en allant à la selle, apparition d'érections douloureuses durant une heure à une heure et demie. De nouveau, après défécation

nouvelle, érection qui cette fois persista. Narcotiques ; bains de siège, sans résultat. Finalement, disparition progressive et spontanée du priapisme après une durée de vingt-sept jours. Splénomégalie, leucémie.

OBSERVATION XXVII

Schultze. — Malade âgé de 43 ans. Autrefois anthrax de la nuque. Leucémie. Erection très douloureuse durant six semaines, ayant débuté un matin. Elle disparut spontanément progressivement.

OBSERVATION XXVIII

Stanjeck. — Malade âgé de 25 ans, menuisier. A 8 ans, diphtérie ; à 19 ans, blennorrhagie qui guérit sans complications. Depuis trois semaines nouvel écoulement par le méat qui fut traité par des injections. Tout d'un coup, un matin, érection persistante du membre. Seuls les corps caverneux du pénis prennent part à l'érection. Douleurs irradiant vers le périnée. Sécrétion purulente urétrale. Miction sans obstacles. Splénomégalie. Examen de sang : leucémie. Aucun désir voluptueux. Narcotiques. Disparition progressive du priapisme qui avait duré trente jours, dont quatorze de priapisme complet.

OBSERVATION XXIX

Steuber. — Malade âgé de 24 ans, montre depuis deux ans des signes de mauvais état général. Actuel-

lement, altération du champ visuel. Splénomégalie. Examen de sang : leucémie. Une matinée apparut brusquement un état de très forte érection du membre. Aucun symptôme spinal. Œdème du scrotum et des pieds. Fièvre. Chaque traitement dirigé contre le priapisme échoua. Augmentation de la splénomégalie. Enfin se produisit une détente du pénis et au bout de trois semaines l'érection disparut.

OBSERVATION XXX

Stevens. — Malade âgé de 17 ans, leucémique. Priapisme très douloureux durant tout le temps de son observation.

OBSERVATION XXXI

Sticker. — Malade âgé de 25 ans. Depuis deux ans présente de fréquentes hémoptysies, des céphalées et des vomissements. Fut hospitalisé pour splénomégalie et rétinite leucémique. Un mois plus tard apparurent des érections nocturnes durant des heures et sans éjaculation. Amélioration deux mois plus tard du priapisme persistant. Exitus.

OBSERVATION XXXII

Stimson. — Malade âgé de 48 ans, avait de fréquentes et pénibles érections. Rhumatismes. Un jour apparurent, sur le gland, deux taches rosées et en même temps se développa un priapisme intense. Gros

foie et grosse rate. Miction possible. Priapisme très douloureux.

OBSERVATION XXXIII

Vorster. — Malade âgé de 23 ans, issu d'une famille d'hémophiles ; lui-même hémophile. A 13 ans, typhus ; depuis ce temps, splénomégalie. Le malade vint à l'hôpital pour des épistaxis. En plus des hémorragies, il présente des vomissements, de la faiblesse du bras et de la jambe droites : splénomégalie. Plus tard, à plusieurs reprises, convulsions dans le bras droit sans perte de connaissance. A la suite d'une défécation nocturne, s'installa une érection persistante. Les corps caverneux du pénis et de l'urètre, le gland également, sont gonflés et rigides. Le prépuce est situé en arrière du gland. Douleurs très vives, particulièrement en urinant ; la miction se fait seulement par secousses et par un mince filet d'urine. Aucune éjaculation. Maintenant apparurent des douleurs occipitales, des lourdeurs au niveau de la nuque et du chagrin. Par la suite, accès maniaques (avec interruption de cinq jours), troubles visuels, auditifs. Au niveau du pénis se forma une espèce de paraphimosis qui, par suite de la congestion des corps caverneux, produisit une striction. Le pénis, large de trois travers de doigt, atteignait l'ombilic et présentait, à un endroit déjà nécrosé auparavant, une gangrène menaçante du prépuce. Tous les moyens employés contre le priapisme échouèrent. Opération du paraphimosis et, à la suite, hémorragie profuse. Peu de jours après l'interven-

tion, le priapisme disparut ; il avait duré cinq semaines. On fit un examen de sang qui montra une leucémie.

OBSERVATION XXXIV

Ward. — Malade âgé de 32 ans, qui depuis cinq jours présente une érection apparue en urinant. Elle s'accompagne d'une grande douleur et la miction est très difficile. Le pénis était en hyperérection, presque au contact de l'abdomen ; seuls les corps caverneux du membre étaient atteints ; ceux-ci étaient durs comme bois, nulle part fluctuants et leur extrémité était perceptible à travers le gland flaccide. Miction très difficile, si bien que le cathétérisme fut nécessaire à plusieurs reprises. Splénomégalie, adénopathies, leucémie splénique. Traitement : narcotiques, bandages péniers. Le troisième jour de l'entrée à l'hôpital, apparition au-dessus du corps caverneux droit d'une tuméfaction inflammatoire ; le septième jour, fluctuation et disparition de la douleur. Persistance d'une énorme splénomégalie. Institution d'une cure arsenicale. Le dix-huitième jour de la maladie, miction possible sans cathétérisme. Disparition du priapisme à la fin de la quatrième semaine. Plus tard, amélioration de la leucémie.

OBSERVATION XXXV

Weinereck. — Malade âgé de 22 ans ; leucémie myéloïde ; priapisme. Gland et corps caverneux de l'urètre flaccides. Difficulté légère pour uriner. Rönt-

genthérapie du pénis, de la rate, du foie et des épiphyses qui apporta une diminution de l'érection par suite de l'amélioration certaine de la leucémie. Cependant, il persiste de l'impotence.

OBSERVATION XXXVI

Wetherell. — Malade âgé de 19 ans, qui souffre de priapisme de très longue durée, mais qui fut seulement douloureux dans les deux premiers jours. Le membre était semblable à une chaude-pisse chordée et il éprouvait des envies fréquentes d'uriner. La rate était très grosse et plus tard on trouva des ganglions augmentés de volume et durs au niveau de la nuque. Le priapisme disparut au bout de six semaines. Onze mois plus tard, mort par leucémie.

OBSERVATION XXXVII

Widal. — Depuis quinze mois j'observe un malade atteint de leucémie myélogène. Son sang a été examiné très fréquemment et sa formule leucocytaire reste presque toujours identique à elle-même. Le nombre des globules blancs restant oscillant entre 600.000 et 900.000. On constate un grand nombre de polynucléaires neutrophiles et des éosinophiles et quelques mononucléaires éosinophiles. On voit encore un certain nombre de globules rouges à noyau et quelques mastzellen. Mon malade porte une grosse rate dure qui remplit la moitié de l'abdomen. Chez lui on ne note pas de ganglions tuméfiés, du moins, cliniquement appréciables. Le foie s'est hypertrophié se-

condairement à la splénomégalie. Je crois que nombre de cas de la forme, dite splénique de la maladie, relèvent de la leucémie myélogène. Nous avons relevé chez notre malade de fréquentes hémorragies de l'estomac, des lèvres, des muscles. Des hématomes sous-cutanés ou intra-musculaires surviennent parfois au moment d'un effort. Nous avons noté encore, chez le même sujet, un accès de priapisme qui a persisté pendant plusieurs jours. Ses corps caverneux n'étaient pas tuméfiés régulièrement, si bien que la verge était légèrement incurvée en tire-bouchon. Ce symptôme était survenu après un coït.

OBSERVATION XXXVIII

Triboulet et Decloux. — Malade âgé de 46 ans, ancien blennorragique et syphilitique. Entre à l'hôpital pour splénomégalie. Leucémique. Il déclare avoir présenté à un certain moment auparavant un œdème assez marqué de la verge et aurait été soigné pour une phlébite de la verge. Après la guérison impotence sexuelle.

OBSERVATIONS XXXIX, XL, XLI

Warthin. — Dans la revue *International clinics* de Philadelphie de 1909, l'auteur publie trois cas de priapisme leucémique ayant une durée respective de quatre mois, quatre semaines, et sept mois. Chaque fois le priapisme persista non seulement jusqu'à la mort, mais encore « post mortem ».

OBSERVATION XLII.

Ruh H. O. — Malade âgé de 36 ans, entre le 22 juin 1911, se plaignant d'un priapisme durant depuis deux jours. La maladie a débuté il y a trois ans par une épistaxis sévère et une douleur dans le côté gauche. On posa le diagnostic de leucémie et on institua un traitement par les médications internes, sous-cutanées, intra-musculaires et par la radiothérapie. Cependant le malade souffrait de douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs et s'affaiblissait de plus en plus ; il avait des éblouissements, des tintements et des douleurs auriculaires ; l'appétit restait bon.

Depuis deux jours, il a un priapisme persistant accompagné de douleurs irradiant vers les testicules et la partie inférieure de l'abdomen. Mictions très difficiles. A l'examen, on trouve des ganglions superficiels très petits et très durs. La rate s'étend à droite jusqu'à la ligne médiane et en bas atteint le pelvis. Le foie s'étend du quatrième espace intercostal jusqu'à 10 cm. du rebord costal, il est ferme et dur. La verge est en érection, les corps caverneux absolument fermes et durs, la peau tendue, rouge luisante, le corps spongieux et le gland intacts. La moindre pression est douloureuse. Le malade a dû être sondé pendant quatre jours, puis les mictions sont réapparues, encore difficiles. Le 19 juillet, diminution du priapisme seulement à gauche, au contraire, augmenta-

tion à droite, donnant une déviation de l'organe vers la gauche. Le 23 juillet, l'examen de sang donne :

Globules rouges.....	3.160.000
Globules blancs.....	692.000
Hémoglobine	90 %
Petits mononucléaires.....	4
Polynucléaires neutrophiles.....	24
— éosinophiles.....	8
— basophiles.....	1
Myélocytes neutrophiles.....	62
— éosinophiles	1
— basophiles.....	0

Le 17 août 1911, le malade sort de l'hôpital assez bien portant ; le priapisme avait duré huit semaines. Maintenant il a disparu, mais le pénis reste gros, les corps caverneux plus larges que normalement.

Le 6 février 1912, le malade rentre dans le service pour faiblesse et céphalée.

A l'examen, les corps caverneux sont encore anormalement larges, les ganglions axillaires et inguinaux ont augmenté de volume. Dilatation des veines superficielles de chaque côté du thorax en relation, semble-t-il, avec une thrombose leucémique des veines profondes. La rate a augmenté de volume. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens.

Le 7 février, apparition d'une douleur dans le côté gauche du scrotum et le testicule ; elle semble due à une thrombose du plexus pampiniforme. Celui-ci est dur comme un cordon. Examen de sang :

Globules rouges.....	4.964.000
Globules blancs.....	351.000
Hémoglobine.....	60 %
Lymphocytes.....	5,12
Grands mononucléaires.....	6,3
Polynucléaires neutrophiles....	36,4
Formes de transition.....	1,6
Polynucléaires éosinophiles.....	0,3
— basophiles.....	0
Myélocytes neutrophiles.....	48,3
— éosinophiles.....	0,5
— basophiles.....	0,3

Le 10 mars, le malade fait une pneumonie lobaire de la base gauche.

Le 13 mars, douleur dans la jambe gauche avec grande sensibilité de la veine fémorale et du triangle de Scarpa. Il doit y avoir une phlébite ou une thrombose de la veine fémorale.

Le 15 avril, tout le membre inférieur gauche est chaud, œdématisé et mou. La saphène est indurée, et forme un cordon solide jusqu'à la malléole interne. Le 19, l'œdème remonte à la racine de la cuisse. Température de type rémittent, puis deux jours avant la mort, hypothermie.

Autopsie : cœur de 225 gr., ventricule gauche contracté et plein de caillots solides, rouges sombres. Foie de 2.100 gr. pâle à la coupe. La rate pèse 1.352 gr., mesure 20 cm., 14 cm., 8 cm. 5 ; latéralement, présente une tache d'infarctus de 4 cm. Rouge foncée à la coupe ; plexus pampiniforme ; à gauche thrombus brun, aplati. Veine fémorale : caillot allant de la bifurcation de la veine iliaque primitive jusqu'au milieu de la jambe, ferme, gris-brunâtre, obstruant toute

la lumière du vaisseau. Mêmes constatations au niveau de la veine fémorale et de la saphène gauches. Petites thromboses au niveau des petits vaisseaux de la pie-mère ; cerveau très pâle pesant 1.230 gr. L'examen microscopique montre une infiltration leucémique dans les divers organes et des infractus dans quelques-uns : rate, poumons, reins et dans plusieurs des vaisseaux thrombosés. Cette thrombose semble le fait le plus frappant ; l'endothélium des vaisseaux est intact, il n'y a pas d'endophlébite. La verge est de consistance ferme, spécialement au niveau des corps caverneux. A la section on trouve un contenu jaunâtre qui ne laisse pas exprimer de sang et qui remplit complètement la lumière des sinus. Au contraire, dans le corps spongieux, les sinus sont apparents, la pression en fait sortir une grande quantité de sang, et l'organe reprend son apparence normale. Les sinus du corps spongieux sont pour la plupart rétractés, quelques-uns contiennent un petit nombre de globules rouges et blancs, quelques myélocytes. L'endothélium est partout intact. Le tissu caverneux du gland est normal. Au contraire, les corps caverneux présentent des modifications remarquables, les sinus contiennent un magmas brunâtre (formé probablement de globules rouges et myélocytes altérés), dans lequel on retrouve quelques lymphocytes. Dans cette masse, apparaissent des capillaires et du tissu conjonctif néoformés. Les travées sont atrophiées et d'aspect hyalin. En de nombreux endroits, l'endothélium a disparu. Dans les artères caverneuses, on trouve une masse gra-

nuleuse avec quelques débris nucléaires ; seul le fascia entourant les corps caverneux est bien conservé. Sur les coupes traitées au Weigert, le réseau de fibrine ne forme que des bandes espacées. Par la méthode de Perl on trouve de l'hémosidérine. L'artère dorsale de la verge contient une masse de myélocytes en amas serrés et quelques globules rouges. La veine dorsale contient un peu de sang. L'explication de ces modifications est facile : Le thrombus qui au début obstruait les sinus caverneux a été remplacé par un tissu conjonctif jeune, riche en capillaires, dans lequel on reconnaît des globules rouges et des lymphocytes. Le processus de dégénérescence et l'organisation consécutive ont permis une nutrition suffisante des tissus, d'où, disparition secondaire du priapisme.

OBSERVATION XLIII

Théobald. — Malade âgé de 31 ans, bottier, fut admis à l'hôpital le 6 juin 1921, se plaignant d'une érection de son pénis persistant depuis six jours. Il s'était réveillé le matin et s'était levé pour aller à la selle. En retournant au lit, l'érection apparut et ne fut pas accompagnée de désir sexuel ; en vérité, il n'en a jamais plus eu, ni désiré aucun rapport sexuel avec sa femme depuis au moins onze semaines. Il a présenté de semblables érections plus ou moins dans les mêmes circonstances et, une fois, elle a persisté au moins pendant deux heures. Il est allé en Mésopotamie pendant la guerre et a contracté la malaria. En septembre

1920, il a eu une pleurésie qui a duré deux mois, et en avril 1921, il ressentit de très fortes douleurs dans la jambe gauche pendant deux ou trois jours. Il nie avoir eu la syphilis ou la blennorragie ; il a deux enfants bien portants.

Examen à l'entrée : le malade paraît pâle, inintelligent, mal portant et se trouve visiblement en mauvais état général. Il repose avec anxiété, le visage tiré, ceci accentué par son bec de lièvre ; les cuisses en l'air et les genoux fléchis. A côté de ses douleurs violentes et de son mauvais état général, il se plaint de céphalée nocturne. Les douleurs ne sont pas calmées par le traitement local et, le soir, la morphine ne lui a pas procuré le sommeil. Son poids diminue et sa faiblesse augmente ; hémorragies des muqueuses.

Il présente de la pyorrhée alvéolaire, ses dents sont tombées. Quelques ganglions durs comme marbre dans les deux aisselles ; abdomen : la rate descend, vers le bas, au niveau de l'ombilic et en dedans dépasse la ligne médiane de 3 cm. 5, son bord est ferme, nettement limité, lisse, insensible. Le foie augmenté dépasse le rebord costal de 3 cm. 5 ; sur la ligne mamelonnaire : lisse, non sensible, rebord difficile à palper. Le pénis est en érection, touchant vers le bas la paroi abdominale et atteignant presque l'ombilic, peu chaud, non douloureux au toucher, mais seulement lorsqu'on essaie de le mouvoir. Les corps caverneux très durs, mais le corps spongieux apparemment normal ; les muscles ischio-caverneux très durs. Une sonde en gomme passe facilement et le malade peut

uriner avec quelque difficulté. Prostate non hypertrophiée. Rien d'anormal au toucher rectal. Aucun trouble du système nerveux. Urine : dépôt d'acide urique et d'urates.

Examen de sang le 30 juin :

Globules rouges	3.600.000
-----------------------	-----------

Le 8 juillet on trouve :

Globules blancs.....	2.008.000
Polymorphes.....	60
Myélocytes.....	33
Lymphocytes.....	4
Eosinophiles.....	2
Mastzellen	1

Traitement : anesthésie chloroformique sans succès, bromure, chloral, incisions donnant des hémorragies, ponction lombaire, puis injection intrarachidienne de novocaïne sans succès. Puis benzol. Le 14 juillet le pénis redevient normal. Examen de sang le 9 août :

Globules rouges.....	1.710.000
Globules blancs.....	470.000
Polymorphes	54
Myélocytes	38
Lymphocytes	2
Eosinophiles.....	3
Mastzellen	3

Nouvel examen en novembre 1921 : le malade était pâle et dans un état bien mal en point. A la suite d'un séjour au bord de la mer, il présente de l'œdème important du scrotum, des cuisses et des jambes. La rate atteint la crête iliaque gauche. Le foie dépasse le rebord costal de 17 cm. 5 sur la ligne axillaire. Il est devenu un invalide, le moindre effort lui donnant des palpitations et de la dyspnée. Son pénis était petit,

symétrique et ne donnait pas de différence de consistance. Les érections sont devenues impossibles et il était impotent, n'étant plus désireux, ni capable d'accomplir l'acte sexuel.

OBSERVATION XLIV

Moure et Leibovici. — Le malade entre à l'hôpital Saint-Louis le 12 septembre 1924 pour érection permanente de la verge.

Le malade qui dit n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis huit mois, fut réveillé vers minuit dans la nuit du 7 au 8 septembre par un besoin d'uriner ; il s'aperçut alors que sa verge était en érection. Il essaya d'uriner, ce fut difficile ; après une heure et demi d'efforts, il arriva à émettre péniblement une petite quantité d'urine. Un fait est particulièrement net, il ne souffrait d'aucune douleur, ni dans la verge, ni au périnée. Il se rendormit ensuite, bien que l'érection persistait. La verge était toujours dans le même état au réveil et elle resta ainsi toute la journée du 8 septembre. Aussi le soir comme l'érection devenait douloureuse et que les mictions restaient très difficiles, le malade alla consulter un médecin qui essaya de le sonder. Le cathétérisme fut impossible tant il était douloureux. D'ailleurs, le surlendemain (9 septembre) le malade put uriner facilement. Comme l'érection persistait au bout de cinq jours, il fut admis à l'hôpital.

A son entrée, le malade se plaignait d'une douleur

continue qui exacerbaît tout contact de la verge. Aussi restait-il inquiet, se tenant couché sur le dos, les genoux demi-fléchis pour retenir le poids des couvertures et les mains protégeant la verge pour éviter le contact des draps. La miction était possible, non douloureuse, simplement difficile.

La verge est en érection et remonte vers la fosse iliaque droite ; cependant on arrive à l'abaisser presque à l'angle droit. La peau du fourreau est rosée, tendue et œdémateuse. Le gland est moins turgescent que ne le comporterait une érection aussi marquée. Celle-ci n'intéresse, en effet, que les corps caverneux qui sont tendus et durs sur tout leur trajet. On sent leur racine à la palpation du périnée sous les branches ischio-pelviennes. On suit leur corps sur toute la longueur de la verge. Enfin, à travers le gland, leur extrémité antérieure se montre gonflée et dure. Quant au corps spongieux il semble indemne, son bulbe apparaît mou et flaccide au périnée, il reste souple dans la verge, le gland lui-même est mou et dépressible.

L'état général est aussi touché ; le malade est pâle et affaibli ; son moral est profondément affecté par l'inquiétude et par l'insomnie. De plus il existe une légère élévation de la température à 38°

Le malade fut incarcéré à la Santé le 2 janvier 1924 pour bigamie ; il y resta sept mois. Pendant tout ce temps de continence, pas de priapisme. Après sa sortie de prison, il n'aurait eu aucun rapport sexuel avec sa femme ; donc son priapisme a débuté huit mois après son dernier coït.

Il semble avoir eu la syphilis, il a été traité par une série de 8 piqûres intraveineuses pour une ulcération indolore et spontanée de la cuisse gauche. Actuellement, aucun signe de syphilis évolutive. Il a eu une blennorragie en 1922.

On pensa alors à la leucémie myéloïde ; on trouva une grosse rate, mate sur 17 cm., et perceptible par son pôle inférieur .

L'examen de sang montre :

Globules rouges.....	2.250.000
Globules blancs.....	350.000
Myélocytes neutrophiles.....	52
— éosinophiles.....	3
Polynucléaires neutrophiles....	40
Grands mononucléaires.....	2
Moyens —.....	2
Lymphocytes.....	1

On essaya d'abord le traitement médical : bromure, chloral, morphine, bains et pansements humides. Une injection épidurale et deux rachianesthésies à la novocaïne furent sans effet, de même, d'ailleurs, que l'auto-hémothérapie. Après vingt jours, l'érection persistait sur le corps caverneux droit. Au périnée était apparue une tuméfaction douloureuse du volume d'une grosse noisette avec température oscillant entre 37° et 38°. Il fut opéré le 30 septembre : incision de 3 cm. sur la tuméfaction du corps caverneux droit, évacuation d'un hématome de sang noir. Le cinquième jour, hémorragie nécessitant un tamponnement. La détente commença et fut surtout nette après l'évacuation lors d'un effort de défécation d'un gros caillot

suivi d'un flot de pus. La verge redevint flaccide et l'expression des corps caverneux exprimait le pus qu'ils contenaient. Le malade quitte l'hôpital le 22 octobre complètement cicatrisé. Sa verge était normale, il persistait seulement une légère induration des corps caverneux. Par contre, il n'était survenu aucune érection depuis la disparition du priapisme. Revu fin novembre 1924, la guérison se maintient, mais les érections n'ont jamais reparu.

OBSERVATION XLV

Brown et Doig. — Le fait intéressant de ce cas était que, en dépit d'une profonde modification de son sang, et d'une énorme splénomégalie, le malade se sentait très bien et effectuait un travail très laborieux, sans effort, jusqu'à ce que le priapisme l'obligea à aller chercher le secours médical.

OBSERVATION XLVI

Oklahoma. — Malade ayant une leucémie myéloïde chronique, a un priapisme depuis cinq jours. Il voudrait autre chose pour soulager son état ; on a essayé la chaleur, le froid, les anesthésiques et les calmants. Le malade a reçu des applications de rayons X sur la rate et les os ainsi que du benzène et de l'arsenic. Sa seule maladie est le priapisme.

OBSERVATION XLVII

Achard. — Malade âgé de 50 ans, entre le 28 septembre à l'hôpital Beaujon, venant d'un service de chirurgie.

Depuis un mois il avait remarqué des érections nocturnes particulièrement prolongées, commençant assez tôt dans la nuit, mais cessant aussitôt qu'il se levait. Le 19 septembre, au matin, cette érection de décubitus persista tout le jour sans inquiéter le malade, mais le lendemain il éprouva de la gêne dans son métier de chauffeur d'automobile.

Le coït n'ayant pas produit le soulagement espéré, il consulta un médecin qui lui fit 2 injections de nature inconnue à la racine de la verge et appliqua 2 sangsues au même endroit. Un suintement sanguin persista plus de vingt-quatre heures. Le malade entra alors en chirurgie où on lui fit une injection épidurale de novocaïne sans plus de succès.

A l'entrée, nous constatons que la verge était en érection complète, faisant avec la paroi de l'abdomen un angle très aigu. Elle paraissait normale ; au palper le périnée avait une consistance normale, corps spongieux souple ; l'induration portant seulement sur les corps caverneux. Au toucher rectal on trouve une prostate un peu grosse et légèrement douloureuse.

Le malade ressentait de cette érection une douleur surtout nocturne, et une pesanteur pénible à la marche. Miction normale. Aucun désir sexuel.

Examen de sang :

Globules rouges.....	5.000.000
Hémoglobine.....	100
Valeur globulaire.....	1
Globules blancs.....	280.000
Polynucléaires neutrophiles.....	54
— éosinophiles.....	1
— basophiles.....	1
Grands mononucléaires.....	2
Lymphocytes.....	3
Myélocytes neutrophiles.....	34
— éosinophiles.....	3
— basophiles.....	1

Rate peu volumineuse, mate sur 3 à 4 travers de doigt. Pas d'adénopathies.

Nous soumettons ce malade à la radiothérapie en irradiant le périnée, le sacrum, la rate et les épiphyses osseuses.

Le 11 octobre, la douleur spontanée de la verge avait disparu, il ne subsistait plus qu'un peu de douleur à la palpation du périnée. La verge était moins tendue.

Le 26 octobre, le priapisme avait entièrement disparu. Examen de sang :

Globules rouges.....	4.080.000
Hémoglobine.....	75 %
Globules blancs.....	157.000
Polynucléaires neutrophiles.....	47
— éosinophiles.....	3
— basophiles.....	8
Lymphocytes.....	1
Monocytes.....	11
Myélocytes neutrophiles.....	19
— éosinophiles.....	1
— basophiles.....	1
Métamyélocytes.....	8
Cellules de Rieder.....	1
Globulines.....	970.000

Le 21 novembre, le malade quitte l'hôpital après 22 séances de radiothérapie, dont une application sur le périnée et le sacrum, 9 sur la rate et 2 sur les épiphyses du coude et du genou.

Le 22 décembre, l'examen de sang donne :

Globules rouges.....	5.600.000
Hémoglobine.....	100 %
Globules blancs.....	15.800
Polynucléaires neutrophiles... ..	71
— éosinophiles.....	4
Mastzellen	11
Moyens mononucléaires.....	5
Monocytes.....	7
Myélocytes.....	2

Il n'y a en somme aucune anémie, on ne trouve plus qu'une légère leucocytose, toutefois les mastzellen persistent, fait souvent noté par Salnazès.

L'état général est excellent, le malade a repris son travail, il ne se plaint que de l'absence complète de toute érection, ce qui est conforme à la règle dans les cas de disparition du priapisme leucémique.

OBSERVATION XLVIII

Dénéchau. — Malade âgé de 27 ans, cultivateur. Depuis un an il était fatigué, pâle, et présentait un léger essoufflement et depuis quelques mois vomissait le matin.

Brusquement, en pleine nuit, le 24 septembre 1934, il fut réveillé brutalement par une érection formidable, extrêmement douloureuse. Sa verge est en surextension, presque couchée sur le ventre, énorme. Hypersensibilité ; il ne peut supporter le moindre

contact du drap. Il ne ressent aucun besoin génital et n'a pas l'impression qu'un coït pourrait le soulager. Le médecin appelé d'urgence la nuit lui fait une piqûre de morphine. Cet état d'érection, avec ces mêmes douleurs, va durer quinze jours, ne lui permettant ni de s'habiller, ni de se lever, ni de dormir ; jamais il n'aura de désir génital et jamais il ne pensera à s'approcher de sa femme.

Il ne peut uriner sans douleur, mais seulement debout.

Au bout de quinze jours un médecin de passage constate, avec cette verge énorme, une certaine résistance dans l'hypocondre et le flanc gauches et le fait entrer à l'hôpital vingt-deux jours après le début.

A l'examen, le malade est pâle, les jambes écartées, tenant en surextension une verge formidable érigée en avant ; elle remontait à son dire au-devant du pubis et de la région sus-pubienne, arquée en arrière avec une concavité regardant la paroi abdominale inférieure. Des deux mains, il embrasse à droite et à gauche ce pénis aussi gros que long qu'il veut protéger de tout heurt. Il marche avec précaution, semblant plein de crainte et d'angoisse, tellement il a souffert et tellement il a peur de souffrir encore. Il a encore des paroxysmes très intenses avec crises de surérection. Cette verge mesure 18 cm. depuis la racine des bourses ; son volume, à quelques centimètres derrière le gland, est de 11 cm. et à l'attache des bourses 12 cm. Notons qu'il s'agit d'un homme petit, médiocrement développé pour un cultivateur ; au

début sa verge lui donnait une sensation de brûlure comme un « tison de feu ».

Le corps spongieux, tant au niveau de la verge et du gland, qu'au niveau du périnée, ne semble pas tendu ni douloureux ; par contre, les corps caverneux sans bosselures perceptibles sont durs, comme bourrés de plâtre ; le palper en est pénible et presque impossible.

Au premier coup d'œil, on est frappé de la saillie de toute la moitié gauche de l'abdomen. Au palper on trouve une masse formidable, occupant tout l'hypocondre, le flanc, la fosse iliaque gauches, empiétant largement sur l'épigastre, la région ombilicale et un peu l'hypogastre, au point que, partant en arrière de la colonne vertébrale, elle déborde de 3 travers de doigt la ligne médiane du côté droit et remontant en haut au mamelon gauche, elle descend presque jusqu'à l'arcade de Fallope et au pubis. Elle mesure 39 cm. transversalement, mate à la percussion, elle ne suit pas les mouvements respiratoires sans être peut-être absolument fixée ; son bord antérieur est un peu tranchant, dur, irrégulier et non douloureux. Sa face externe est également dure, un peu irrégulière, mais non douloureuse. Il s'agit évidemment d'une grosse rate.

Le foie est également gros, il remonte à la cinquième côte et dépasse le rebord costal de 7 cm., il mesure sur la ligne mamelonnaire 19 cm. et 17 cm. sur la ligne parasternale. Il est mobile, un peu dur, non douloureux. Pas d'adénopathies.

Le 16 octobre, le malade présente pour la première fois une selle sanglante rouge foncée, assez importante.

Le 17 octobre, l'examen de sang montre qu'il s'agit d'une leucémie myéloïde dont le priapisme n'est qu'une localisation :

Globules rouges.....	2.728.000
Globules blancs.....	672.700
Polynucléaires.....	45,5
Lymphocytes.....	4
Myélocytes.....	44,5
Métamyélocytes.....	4
Hématies nucléées.....	1

Dans les jours suivants, l'état va rapidement en s'aggravant : température à 38°5, oligurie, hémorragies gingivales, nasales et surtout intestinales. Le malade doit garder le lit d'une façon absolue.

Chose curieuse, la rate, après ces hémorragies, a diminué d'un travers de doigt et demi. Devant la gravité de cet état, nous mettons en œuvre la radiothérapie profonde sans négliger les antihémorragiques : arrhémapectine, hémostyl, foie de veau cru, extraits hépatiques divers et en essayant de calmer les débâcles diarrhéiques et les douleurs par des lavements laudanisés. On commence la radiothérapie le 26 octobre ; elle comprendra 12 applications de 1.000 R. Solomon, avec des portes d'entrée différentes sur le périnée, la rate et le foie. Filtration : 1 mm. de Cu + 1 mm. d'Al. Distance focus-peau : 37 cm. ; durée : vingt minutes. La dernière séance a lieu le 10 novembre.

En quarante-huit heures le mélæna disparaît, la rate diminue et ne mesure plus le 7 novembre que 30 cm. sur 15 cm. ; la verge, encore grosse, n'est plus en érection, les corps caverneux moins indurés et surtout les douleurs ont disparu complètement. Plus de trace de sang dans les selles aux divers examens de laboratoire.

Le 5 janvier le malade est transformé, son teint est coloré, sa langue est belle, le ventre n'est plus volumineux ; la rate ne dépasse qu'à peine le rebord costal, elle ne mesure que 12 cm. 5 sur 14 cm. au lieu de 39 au premier examen ; le foie reste encore gros avec 17 cm. au lieu de 19 sur la ligne mamelonnaire. La verge a retrouvé sa longueur normale, elle est encore un peu grosse, mesurant 9 cm. à sa base ; les corps caverneux sont encore indurés et comme bourrés de plâtre, mais le malade, suivant la règle, n'a plus d'érection ni aucun désir génital.

Le 16 mars, le priapisme a complètement disparu, la verge n'a que 11 cm. de longueur et 8 de circonférence à sa base ; le ventre n'est pas gros, la rate n'est plus perceptible et ce n'est qu'en position latérale droite et au cours de l'inspiration profonde que son bord antérieur vient heurter légèrement le doigt. Elle ne mesure que 11 cm. verticalement contre 8 cm. 5 transversalement ; le foie a conservé les mêmes dimensions. Pas de ganglions.

Examen de sang :

Hématies.....	611.000
Leucocytes.....	23.250
Polynucléaires neutrophiles..	71,5
— — — éosinophiles.....	6,5
Lymphocytes.....	15,5
Myélocytes.....	3,5
Monocytes.....	3,5
Valeur globulaire.....	0,88

L'état général est redevenu absolument parfait, il est robuste, il a abattu des arbres. Il se croit guéri, mais il reste impuissant d'une manière absolue. Il n'a jamais éprouvé le moindre désir génital malgré une cohabitation constante avec sa jeune femme ; il n'a jamais ressenti la moindre trace d'érection, ce qui semble quelque peu l'inquiéter ; cet état reste identique en juillet, date de notre dernier examen.

Observation inédite.

Il s'agit d'un malade âgé de 28 ans qui, au courant du mois de mars, fut réveillé trois fois vers 4 heures du matin par une érection douloureuse, qui à chaque fois disparut au bout d'une demi-heure à deux heures par des bains de siège.

Puis tout alla parfaitement bien, lorsque, la nuit du 3 avril, nouveau réveil par une érection douloureuse. Il essaie encore les bains de siège mais sans résultat. Devant la persistance de cette érection il appelle son médecin. La pilocarpine et la morphine ne lui permettent pas le sommeil, et ne font pas disparaître l'érection. Une injection épidurale de novocaïne ne donne pas plus de résultat.

Devant cet échec le malade fait appeler le D^r Soulié. Il fait un examen de sang qui donne :

Globules rouges.....	4.100.000
Globules blancs.....	32.600
Polynucléaires neutrophiles.....	58
— basophiles.....	1
Mononucléaires.....	14
Monocytes.....	5
Myélocytes neutrophiles.....	22

Il s'agit donc d'une leucémie myéloïde.

Le malade présente un pénis en érection ; dans la position couchée la verge est horizontale, reposant sur

la paroi abdominale, mesurant environ 12 cm. ; le prépuce recouvre tout le gland. La verge a un aspect normal. Seuls les corps caverneux participent à l'érection ; on sent leur extrémité antérieure, dure, à travers le gland mou et flaccide ; on suit leur corps sur toute la longueur de la verge jusqu'au périnée. Le corps spongieux, comme le gland, est augmenté de volume, mais reste mou et dépressible. Le malade, marié depuis deux ans, déclare n'avoir pas fait d'excès génésiques. Son érection ne s'est pas accompagnée de désir voluptueux ni d'éjaculation. Il urine aussi facilement que quand sa verge est à son état normal.

La palpation des testicules est normale. Au toucher rectal, on trouve une prostate tout à fait normale.

Au point de vue de l'état général, le malade ne souffre d'aucun trouble fonctionnel.

La rate n'est pas augmentée de volume, on ne trouve aucune adénopathie, ni axillaire, ni inguinale.

Au point de vue neurologique, aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité, en particulier celle-ci est normale dans la région périnéale et au niveau de la face interne des cuisses.

Les réflexes cutanés, tendineux et pupillaires sont absolument normaux.

L'examen clinique, à part l'érection, ne révèle absolument rien de pathologique. Seul l'examen du sang fait poser le diagnostic de leucémie myéloïde.

Comme dans tous les cas de priapisme leucémique, les calmants du système nerveux (bromure-chloral) sont sans effet, de même que le traitement local. On

donne chaque jour au malade une ampoule d'extrait de foie de veau pour lutter contre l'anémie.

Examen de sang le 11 avril :

Globules rouges.....	2.840.000
Globules blancs.....	196.000
Hémoglobine.....	70 %

Le 16 avril :

Globules rouges.....	3.180.000
Globules blancs.....	368.000
Hémoglobine.....	70 %

Le 20 avril, on institue un traitement radiothérapique.

On fait d'abord 4 séances de téléröntgenthérapie les 20, 22, 24 et 28 avril en utilisant une puissance de 300 kilovolts sous 3 milliampères, avec une filtration de 1 mm. de Cuivre et 2 mm. d'Aluminium. La distance focus-peau est de 3 m. 40 ; on fait un champ antérieur et un champ postérieur. La dose utilisée est de 10 r à chaque séance.

L'examen de sang fait le 22 avril montre :

Globules rouges.....	3.160.000
Globules blancs.....	261.400
Polynucléaires basophiles.....	1
— neutrophiles.....	42
— éosinophiles.....	3
Monocytes.....	2
Moyens mononucléaires.....	4
Lymphocytes.....	0
Myélocytes neutrophiles.....	29
— éosinophiles.....	1
Métamyélocytes.....	8
Promyélocytes.....	6
Myéloblastes.....	4

Le 23 avril, on note l'apparition de 2 masses indurées sur les parties latérales de la verge. Elles siègent à la racine de chaque corps caverneux ; la gauche plus antérieure que la droite siège sous l'insertion du scrotum. Ces 2 masses sont solidaires du corps caverneux, produisant le renflement de celui-ci et offrant à la palpation une résistance élastique. Elles sont légèrement sensibles à la pression.

Le 29 l'examen de sang montre :

Globules rouges.....	3.260.000
Globules blancs.....	244.000

On interrompt la téléröntgenthérapie, le malade a donc reçu une dose totale de 40 r. Puis on commence l'irradiation de la rate ; on fait alors quatre séances, les 29 avril, 2, 4 et 7 mai, en utilisant une puissance de 200 kilovolts sous 4 milliampères. Distance focus-peau égale à 50 cm. ; filtration par 1 mm. de Cuivre et 2 mm. d'Aluminium ; on utilise un seul champ antéro-latéral. La dose employée à chaque séance est de 250 r, ce qui fait que le malade a reçu sur la rate une dose totale de 1.000 r.

Le 2 mai, on note une disparition progressive du priapisme ; les douleurs ont totalement disparu ; la verge a diminué notablement de longueur et ne mesure plus que 8 cm. environ. Le malade se sent un peu fatigué. Le 9 mai, l'examen de sang montre :

Globules rouges.....	3.340 000
Globules blancs.....	92 800
Hémoglobine.....	70 %

Sa composition est :

Polynucléaires basophiles.....	2
— neutrophiles.....	48,5
— éosinophiles.....	3
Monocytes.....	2,5
Moyens mononucléaires.....	2,5
Lymphocytes.....	2
Métamyélocytes neutrophiles.....	7
Promyélocytes.....	0,5
Myélocytes neutrophiles.....	28
— éosinophiles.....	2
— basophiles.....	1,5
Myéloblastes.....	0,5

Le 28 mai, on refait une nouvelle séance de télé-röntgenthérapie avec les mêmes caractéristiques que les précédentes. et la même dose de 10 r.

Le 31 mai, l'examen de sang donne :

Clobules rouges.....	3.700.000
Globules blancs.....	29.200
Hémoglobine.....	80 %
Anisocytose.....	
Poikilocytose.....	
Polynucléaires basophiles.....	0,5
— neutrophiles.....	79,5
— éosinophiles.....	1
Monocytes.....	2,5
Moyens mononucléaires.....	3,5
Lymphocytes.....	4
Myélocytes.....	8,5
Métamyélocytes.....	1,5
Myélocytes éosinophiles.....	1
— basophiles.....	1

Le malade se sent alors guéri ; son priapisme a disparu ; il persiste seulement deux petites masses indurées à la racine de ses corps caverneux. Ce qui l'inquiète actuellement c'est de ne plus avoir d'érection.

Le priapisme leucémique.

Le priapisme leucémique se voit principalement dans la leucémie myéloïde ; cependant on l'a observé dans la leucémie lymphoïde. Il se rencontre le plus souvent chez l'adulte. Généralement il survient brusquement, soit spontanément, soit au cours d'un coït ; mais peut parfois être précédé de crises passagères d'érection : c'était le cas des malades de Longuet, Salzer, Adams, Theobald, Achard et le nôtre.

Il peut être le signe révélateur de la leucémie comme dans les observations de Mathias, Kast, Vorster, Triboulet et Decloux, de Pearse Williams, d'Achard et la nôtre ; ou bien il survient lorsque la maladie est déjà bien caractérisée. Il peut même être un accident terminal et durer jusqu'à la mort. Jadioux, Ruh et Warthin ont même signalé sa persistance après la mort.

Il est vraisemblable, suivant la remarque de Terrier et Dujarier, que certains cas de priapisme dit idiopathique sont dus en réalité au priapisme leucémique dont la cause est méconnue.

L'érection comme dans tout priapisme est indépendante de tout désir sexuel, ce qui distingue le priapisme du satyriasis.

A la période d'état, la verge turgescente s'applique sur l'abdomen, le gland arrivant au voisinage de l'ombilic ; quelquefois il y a incurvation latérale. Généralement le priapisme est localisé seulement aux corps caverneux qui sont d'une dureté de fer. Le gland et le corps spongieux sont quelquefois augmentés de volume, mais ils restent mous et flaccides. On sent, à travers le gland, la pointe indurée des corps caverneux. Dans le cas d'Adams, toute la verge était prise. Le fourreau de la verge est souvent normal, quelquefois œdématié et rosé ; en général le prépuce est complètement rétracté et recouvre le gland. Les douleurs qui accompagnent le priapisme sont un caractère essentiel de la maladie. Elles débutent avec l'érection ou ne s'installent que quelques heures après, se compliquent parfois d'épreintes très pénibles, elles sont spontanées, vives, empêchant le sommeil et mettent le malade dans un état d'agitation extrême. Par tous les moyens, le malade cherche à les faire cesser : compresses d'eau froide, cataplasmes chauds, position accroupie, genu-pectorale, coït sans envie. Toutes ces manœuvres inefficaces ne font qu'agiter davantage le malade dont les téguments s'irritent. Le plus souvent la miction est possible, quoique parfois difficile. Dans certains cas on a du recourir au cathétérisme. Souvent l'érection entraîne de l'insomnie, de l'agitation et quand elle se prolonge, elle affecte profondément le moral du malade. Non traité, le priapisme leucémique peut guérir spontanément, mais sa guérison est lente et incomplète. Il peut persister des semaines, des

mois ; dans le cas de Warthin, sa durée a atteint sept mois. En règle générale, après sa disparition, le malade ne présente jamais plus d'érections, il reste impuissant (sauf le cas de Haillot et Viard). La pathogénie du priapisme leucémique a été fort discutée, les auteurs ont invoqué trois processus :

- origine nerveuse ;
- hématome compresseur des voies de retour du sang ;
- thromboses des corps caverneux.

On s'accorde généralement à rejeter l'origine nerveuse admise par Kunst. En effet, ce priapisme résiste aux calmants du système nerveux et aux injections épidurales ou intraméningées de cocaïne. De plus, la théorie nerveuse est absolument incapable d'expliquer les cas de priapisme « post-mortem ». Pour les mêmes raisons et à cause de la longue persistance du priapisme ainsi que de l'intégrité des corps caverneux, on rejette l'hypothèse d'une compression des nerfs érecteurs par un hématome, proposée par Salzer. Terrier et Dujarier, en 1907, inclinaient pour la théorie de l'hématome compresseur des voies de retour ; cependant ils admettent comme possible que la thrombose se limite aux veines efférentes des corps caverneux. Della Favera, Warthin et Ruh inclinent vers l'origine veineuse en faveur de laquelle plaident les cas de thromboses veineuses si fréquentes dans les leucémies. Or ces thromboses ont été constatées dans plusieurs cas de priapisme, soit à l'autopsie, soit à l'opération.

Parfois il s'agit de caillots fibrino-leucocytyques dont la structure a été vérifiée au microscope par Gœbel et Kast. Mais dans d'autres cas, il semble seulement s'agir de thromboses leucocytaires par stase, décrite au cours de la leucémie par Ménétrier et Aubertin, ce qui expliquerait la curabilité spontanée de certains malades. Selon Della Favera, la localisation de cette stase leucocytaire dans le corps caverneux, résulterait de ce que les lacunes de ce réseau vasculaire sont plus lâches que celles du corps spongieux. Chez le malade d'Achard, l'abondance des globulins (970.000) a-t-elle pu jouer un rôle dans la formation d'un thrombus leucocytaire ; et l'on peut aussi noter, sous ce rapport, chez le malade de Théobald, le chiffre exceptionnel de globules blancs qui atteignent 2.008.000.

Pour le traitement du priapisme leucémique, on a surtout pratiqué l'opération qui consiste dans l'incision et l'évacuation de l'hématome, ainsi que l'extraction du caillot. Souvent il y a une suppuration plus ou moins longue (observation de Jadioux). Gœbel a vu l'infection colibacillaire. La guérison est ordinairement suivie d'impotence, cependant Haillot et Viardot ont observé le retour d'érections.

Lewis a obtenu la guérison par la ligature de l'artère dorsale de la verge.

Il semble qu'actuellement le traitement de choix soit la radiothérapie, déjà conseillée par Park Weber en 1898. Chez notre malade, elle a été utilisée sous forme de téléröntgenthérapie et d'irradiation splénique.

Conclusions.

1° Le priapisme peut être révélateur d'une leucémie myéloïde dont il constitue la seule manifestation clinique.

2° Il est constitué par l'érection des corps caverneux, laissant le corps spongieux et le gland intacts.

3° Il est douloureux et ne s'accompagne ni de désir voluptueux, ni d'éjaculation.

4° Il est produit par la thrombose des corps caverneux.

5° Les traitements locaux et les calmants du système nerveux sont sans effet.

6° La radiothérapie semble le traitement de choix.

Vu : le Président de la thèse,

M. LOEPER,

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard.* — Paris médical, 1930.
Adams. — Inaug. Dissert. Bonn., 1894.
Blum. — Wien. Klin. Woch., 1900.
Brown and Doig. — Med. Journ. of Australia, 16 oct. 1926.
Carpenter (A.). — Lancet, 1880.
Castex (Mariano). — Le priapisme (Gaz. hebdomadaire, 25 mars 1924).
Dénéchau. — Soc. Franç. Hématologie, 5 nov. 1935.
Duckworth. — Trans. of the Clin. Soc. London, 1898, vol. XXV.
Dujon. — Rev. de chir., 1910.
Dupont. — Les thromboses leucémiques. Th. Paris 1924.
Edes. — Boston méd. journ., 1171, vol. LXXXV.
Eisenstadler. — Wien. med. Woch., 1907, n° 15.
Havelock (Ellis). — Psychol. of sex.
Favera Della. — Monatschr. f. prakt. Dermatol. Hambourg, 1908.
Gardner (G.). — Mitt. aus den Greuzel der Med. u. chir., 1904.
Funckel. — Amer. med. journ. Philadelphie, 1906.
Guttmann. — Berl. Klin. Woch., 1846, n° 46.
Haillet et Viardin. — Bull. méd., 1904, n° 72.
Hinmann. — Ann. of Surg., déc. 1914.
Jadiour. — Gaz. des Hôpitaux, 1845.
Kast. — Zeitschr. f. Klin. Med., 1895.
Kette. — Orvosi Hetilap. 1883.
Klemme. — Inaug. Dissert. Cassel, 1863.
Koschel. — Berl. Klin. Woch., 1908.
Kunst. — Med. Klin., 1907.
Laurent et Nové-Josserand. — Gaz. des Hôpitaux, 1908.
Lonquet. — Progrès médical, 1875.

- Markow*. — New-York med. journ., 1885.
Moure et Leibovici. — Journ. d'urolog., fév. 1925.
Muller. — Deut. Zeitschr. f. newen, 1902.
Neidhart. — Allgem. med. Zeitschr., 1876.
Oster. — Principles and practice of medicine.
Peabody. — New-York med. journ., 1880, vol. XXXI.
Williams (Pearse). — Royal Soc. of Med. Children disease, avril 1924.
Rotitansky. — Lehr. der Pathol. Anat.
Ruh (H. O.). — Cleveland med. journ., déc. 1912.
Salzer. — Berl. Klin. Woch., 1879.
Scheuer. — Deut. Arch. f. Klin. Med.
Stanjeck. — Inaug. Dissert. Leipzig, 1909.
Steuber. — In. Diss. Berlin, 1889.
Stevens (W. M.). — Lancet, 1905.
Sticker. — Zeit. f. Klin. Med., 1888, Bd XIV.
Stimson. — New-York med. journ., 1885, vol. XLI.
Tupié. — Les hématomes leucémiques. Th. Toulouse, 1921.
Terrier et Dujarier. — Rev. de chir., 1907.
Théobald (G. W.). — Lancet, 2 sept. 1922.
Triboulet et Decloux. — Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, 24 mai 1901.
Vorster. — Deut. Zeit. f. Chir., 1888.
Ward (A. H.). — Lancet, 1897.
Warthin (A. S.). — Internat. clinics, vol. IV, série 19.
Weber. — Edimb. med. journ., sept. 1898.
Weinereck. — Casopis Lak. ceskych. v. Praze, 1907.
Wetherell. — Med. Rec. N.-Y. 1880, vol. XVIII.
Widal. — Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, 22 juin 1900.

